FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 31 *mars* 1909, *à* 1 *heure*

Par J.-B. Henri MOLINIÉ

Né à Lima (Pérou) le 26 mars 1882

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS DU FOIE

COMPLIQUÉS D'ÉPANCHEMENT PLEURAL

Président : M. RECLUS, *professeur.*

Juges : MM. GLEY, GOSSET et MULON, *agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)

(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Comme témoignage de notre bien profonde affection.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A Monsieur le Docteur MAUCLAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

L'abcès du foie est une affection des pays chauds. Mais si nous interrogeons l'étiologie des suppurations hépatiques, nous voyons que le climat n'est pas le seul élément exerçant quelque influence sur la suppuration de cet organe.

Si la dysenterie et le paludisme en sont la principale cause (9 fois sur 10, selon Rouis) il faut aussi faire une place à l'angiocholite infectieuse ascendante, et aux infections veineuses sus-hépatiques, aux abcès aréolaires. Pous Périer, « toujours ou presque toujours quand des abcès s'étaient formés dans le foie, du pus avait existé autre part que dans cet organe » ; et l'auteur cite onze cas d'hépatites suppurées consécutives à des altérations des poumons (tuberculose, pneumonie, pleurésie). Malheureusement, nous ne savons rien des conditions anatomiques de ces abcès.

La facilité des communications aidant, nous ne serons donc plus très étonnés de voir dans la métropole le nombre relativement grand de cette affection hépatique.

Nous aurons en vue dans ce modeste travail, l'*hépatite suppurée compliquée d'épanchement pleural, en particulier l'abcès tropical du foie ;* nous insisterons sur les symptômes et le traitement.

Mais qu'il nous soit permis, avant d'entrer dans le sujet, de vivre en ces quelques minutes de réflexion qui précèdent le « dernier acte », l'heure de nos débuts, la succession de nos années d'étude...

Qu'il nous soit permis de dire à nos maîtres de Bordeaux et de Paris la reconnaissance qui dorénavant nous lie à eux ; que MM. les professeurs Arnozan, Lanelongue et Picot, les Drs Dubourg et Courtin, de Bordeaux; les Drs Lepage et Lacombe veuillent bien accepter ici, l'hommage de ma vive gratitude.

Nous remercions bien sincèrement M. le professeur agrégé Mauclaire pour les bons conseils et la bienveillante sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner l'an dernier pendant notre année d'externat à la Maison municipale de santé. Il nous donne aujourd'hui le sujet de ce travail. Nous lui sommes tout particulièrement reconnaissant.

M. le professeur Reclus nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; qu'il veuille bien agréer l'expression de nos sentiments bien respectueusement reconnaissants.

NOTIONS ÉTIOLOGIQUES

Tout d'abord, *l'épanchement pleural est-il une complication fréquente de l'abcès du foie?* La statistique de Rendu donne pour 563 cas d'hépatite suppurée 31 ouvertures de l'abcès dans la plèvre, c'est-à-dire un pourcentage de 5,5 0/0. Et Rouis donne sensiblement le même chiffre.

Mais ces auteurs ne parlent que de la migration de l'abcès dans la plèvre ; ils ne font pas allusion à l'épanchement séreux ou séro-purulent qui complique parfois la suppuration hépatique.

Leur chiffre serait donc trop faible, car sur les 85 observations dépouillées par nous, il y a 33 cas d'épanchement pleural compliquant l'abcès du fois, et 52 cas de migration pleurale du pus hépatique.

Toutes proportions gardées nous dirons donc que *l'épanchement pleural complique l'abcès du foie dans* 8,9 0/0 *des cas environ.*

Cet épanchement peut se présenter sous deux formes :

1° C'est une pleurésie séreuse, séro-sanguinolente

ou purulente, de voisinage, simple complication de l'abcès.

2° Il est consécutif à l'ouverture de l'abcès dans la plèvre, précédant ou suivant l'ouverture dans le poumon. C'est alors une migration de l'abcès. Elle se fait suivant trois modalités :

a). — Irruption brusque, pleurésie suraiguë qui entraîne le plus souvent la mort en quelques heures.

b). — La plèvre se trouve graduellement envahie sans qu'il se manifeste pour ainsi dire aucune réaction générale.

c). — On a affaire à un abcès pleural enkysté ; étape de la migration purulente : le pus se fait ultérieurement our dans les bronches ou dans la cavité pleurale.

Comment agit le processus inflammatoire ? — Le foie, étant le foyer d'une suppuration, entraîne une réaction de ses parties constituantes et des organes qui l'environnent. Il s'ensuivra une irritation de sa capsule, de la périhépatite, puis une première réaction du péritoine : il se formera un exsudat fibrineux qui agglutinera les surfaces séreuses en contact, et il se formera des adhérences péritonéales autour de l'organe.

A une période plus avancée ces pseudo-membranes s'organisent en véritables membranes vasculaires, résistantes, soudant le foie au diaphragme, au rein, etc...

Le diaphragme n'oppose pas une barrière infranchissable à l'inflammation, et *la pleurésie peut aboutir à un comblement absolu du cul-de-sac costo-diaphragmatique*, sans avoir laissé le temps à la cavité pleurale de secréter du liquide : c'est la pleurésie adhésive, simple in-

flammation de voisinage, sans danger sérieux; bonne chose même, en cas d'intervention ultérieure.

Mais lorsque la *propagation se fait vers le sillon costo-diaphragmatique*, c'est-à-dire vers cet espace où la plèvre, adossée à elle-même, forme un sinus dans lequel le poumon ne descend jamais complètement, il *se produit une pleurésie séreuse* d'abord, qui peut devenir par la suite, purulente ; pleurésie par irritation et inflammation de voisinage, sans communication avec l'abcès.

D'autres fois, les adhérences protectrices ne se sont pas formées : le pus provenant de l'abcès hépatique fait irruption dans la cavité pleurale et on trouve une pleurésie suppurée.

Quelquefois encore, la plèvre étant atteinte d'inflammation adhésive, un foyer enkysté a pu se former en un point et évoluera de façon variable : il pourra s'ouvrir directement dans les bronches ; ou bien, la communication pourra s'établir avec la plèvre puis avec les bronches, et le pus se videra en deux temps : 1° dans la cavité pleurale ; 2° dans le poumon.

C'est dans ce cas surtout que les évacuations sont difficiles et incomplètes : le clapier pleural, si le chirurgien n'intervient pas, devient le point de départ de phénomènes septiques les plus graves : frissons, sueurs avec état adynamique qui ne tarde pas à aboutir à une terminaison fatale.

Maintenant, quel est le mécanisme étiologique de cet épanchement pleural ? — Pour l'épanchement purulent, il serait identique à celui de la suppuration péritonéale, en kystée. Mais l'épanchement séreux est d'une inter-

prétation plus difficile. Il semble *à priori* que le liquide, s'il est d'origine inflammatoire, dût être du pus, puisque la phlegmasie pleurale qui en déterminerait la formation surviendrait en conséquence d'une lésion suppurative. D'autre part s'il n'était rien qu'une sérosité d'hydrothorax, et, comme parfois l'ascite, ne reconnaissait d'autre cause que l'hydrémie, l'épanchement devrait être double, affectant la plèvre gauche aussi bien que la droite, et ce qui est l'exception devrait devenir la règle. Au surplus, argument sans réplique, on a trouvé dans mainte autopsie, la plèvre épaissie et tapissée de néo-membranes, alors qu'un épanchement séreux ou séro-sanguinolent distendait sa cavité.

On est donc amené à admettre comme complication possible de l'hépatite suppurée une pleurésie droite, indépendante de l'infection pyogénique.

SYMPTOMES

Nous allons passer rapidement en revue les principaux signes de l'hépatite suppurée compliquée de pleurésie, et nous insisterons sur ceux qui pourront nous mettre sur la voie d'un bon diagnostic.

On n'oubliera pas d'interroger le malade sur ses antécédents : un séjour aux pays chauds, un traumatisme sur la région hépatique, etc., seront d'utiles renseignements.

Le malade sera en général d'une pâleur ictérique; il gardera dans son lit le décubitus dorsal, avec flexion des membres inférieurs, et légère incurvation latérale droite. Le décubitus latéral gauche est pénible et douloureux.

1° **Appareil digestif.** — La langue est en général sèche. Le malade se plaint d'inappétence, de nausées, de vomissements bilieux. La diarrhée est assez fréquente.

Foie. — a) *Signes physiques.* — Le foie est augmenté de volume ; cette dilatation peut porter sur la masse entière de l'organe, ou uniquement sur un de ses lobes.

La région hépatique elle-même est tuméfiée : il y a même voussure.

L'augmentation de volume du foie se traduit par une plus grande étendue de sa matité (matités normales : 5 cm. 6 sur la ligne médiane ; 12,5 sur la ligne mamelonnaire ; 10,5 sur la ligne axillaire et 9,1 sur la ligne scapulaire). Il est pourtant bien difficile de délimiter aisément le foie et la plèvre, et de faire la part de chacune des deux inflammations. On tiendra compte également de ce que le foie peut être abaissé par un gros épanchement pleural, sans avoir subi de modification de volume.

La mensuration cyrtométrique donnera une différence de 5, 7, 10 centimètres en faveur du côté droit.

Les *espaces intercostaux sont élargis ;* la paroi est œdématiée, et on peut avoir la sensation nette de fluctuation ; la portion supérieure du muscle grand droit de l'abdomen est contractée du côté droit.

A l'oreille comme à la main, on perçoit souvent un *frottement péri-hépatique*, comparable au bruit du cuir neuf ; il est l'indice d'une inflammation adhésive du péritoine, et son maximum est alors perçu dans le septième ou huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire, ou bien d'une pleurésie diaphragmatique, et il siège en arrière.

Les frottements peuvent exister même dans les cas d'épanchement pleural abondant.

La *ponction exploratrice,* enfin, lève les doutes qu'on pourrait avoir. On la pratiquera dans le neuvième ou dixième espace intercostal, au niveau de la ligne axil-

laire, à cause de l'éloignement des gros vaisseaux du hile, et aussi à cause de l'espace un peu plus grand entre les côtes à ce niveau. (C'est d'ailleurs, presque toujours là que se trouve le point le plus douloureux : on y est donc conduit naturellement la plupart du temps.) L'aiguille donnera issue à du pus en grumeaux, comparable à du chanvre effiloché, de couleur chocolat ou lie-de-vin, sans odeur spéciale, renfermant en suspension des éléments du tissu hépatique, et généralement stérile.

b) *Troubles fonctionnels.* — Dans 85 0/0 des cas le foie est le siège de *douleurs*, tantôt sourdes et exagérées par la pression, tantôt excessivement intenses, à peine supportables.

A cette douleur locale s'ajoutent souvent des douleurs sympathiques : *irradiations* vers l'épaule surtout (douleurs en bretelle), vers le cou, la clavicule.

Ces irradiations qu'on observe dans l'abcès du foie simple, on les voit survenir plus fréquemment lorsque l'abcès se complique d'épanchement pleural : elles sont le signe de l'envahissement du diaphragme et de la plèvre par l'inflammation hépatique.

Le pancréas et la rate n'offrent aucun signe particulier dans l'affection qui nous intéresse.

2° **Appareil respiratoire.** — a) *Signes physiques.* — Nous avons déjà vu que les espaces intercostaux inférieurs étaient augmentés de volume et que la paroi était souvent œdématiée : l'hémithorax droit est également dilaté, et sa différence avec le côté opposé est très sensible à la vue.

La percussion révèle une matité assez étendue ; mais on note une modification plessigraphique du niveau supérieur droit de la matité ; d'elliptique et convexe en haut lorsque l'abcès du foie n'était point compliqué d'épanchement pleural, ce niveau est devenu parabolique.

Le murmure vésiculaire est aboli à la base du thorax, mais il ne reparaît plus à mesure qu'on s'élève, brusquement ; s'il y a pleurésie, il existe une zone intermédiaire avec signes atténués : il reparaît affaibli, lointain, puis de plus en plus net. A ces signes, il faut ajouter l'égophonie, et la pectoriloquie aphone. Mais il est juste de faire remarquer que l'interprétation des phénomènes stéthoscopiques est des plus difficiles : les distinctions sont subtiles.

La vomique peut être consécutive à l'ouverture dans les bronches d'une pleurésie purulente de voisinage, ou à l'ouverture secondaire de l'abcès du foie primitivement ouvert dans la plèvre : ce dernier cas est le plus commun.

Les signes de broncho-pneumonie surviennent du premier au troisième jour après l'apparition des crachats rouillés ; puis le malade expectore en abondance du pus lie-de-vin, fétide ou non, renfermant des éléments hépatiques. On entend à l'auscultation un grand nombre de râles bullaires et caverneux, rhoncus et sibilances, du gargouillement et du souffle amphorique.

b) *Troubles fonctionnels.* — L'extension pleurale du processus s'accuse par un point de côté d'une violence extrême ; les irradiations vers l'épaule sont presque la

règle. Si la plèvre a été emplie brusquement, une douleur très aiguë apparaît avec des symptômes dyspnéiques parfois très intenses ; douleur au mamelon, ou à la pointe de l'omoplate, point de côté violent ; la respiration est douloureuse et gênée par la suppression brusque de la fonction pulmonaire du côté droit.

Si au contraire la plèvre est envahie lentement, la douleur est bien moins vive ; quelquefois le malade ne sent rien ; il s'immobilise cependant en décubitus latéral droit.

La *dyspnée*, déjà très sensible dans l'abcès simple, acquiert une acuité significative lorsqu'un épanchement pleural vient compliquer la scène. Elle est due à la douleur locale, au refoulement du poumon, à la périhépatite sous-diaphragmatique, à l'inflammation et à la paralysie de la moitié droite du diaphragme, à l'épanchement pleural.

La *toux*, sèche et discrète, qu'on observe fréquemment dans l'hépatite suppurée, peut provenir d'une congestion pulmonaire ou d'une pleurésie, mais elle peut être aussi d'origine réflexe, provenant de l'irritation causée par l'hépatite.

Le hoquet est un signe sans grande valeur : il est l'indice d'une lésion secondaire du diaphragme.

3° **Appareil circulatoire**. — Le pouls est généralement fréquent, concentré ; cette rapidité coïncidant avec des frissons et sueurs froides, est l'indice d'une suppuration. Il devient quelquefois plus rapide et plus plein brusquement, quand la séreuse est atteinte.

L'ascite est rare ; l'œdème des malléoles au contraire

se rencontre assez souvent, mais est plus imputable à la cachexie, qu'à la gène mécanique de la circulation.

4° **Température.** — Au début frissons et fièvre ; le thermomètre monte à 39° et 40°. La fièvre est intermittente, sub-continue : le plus souvent rémittente. Parfois on observe des symptômes typhoïdes très graves.

5° **Urologie.** — a) *Physique.* — La quantité des urines est diminuée ; leurs densité augmentée. La couleur variable.

b) *Chimique.* — L'urine est acide ; la quantité d'urée qu'elle renferme subit une diminution proportionnelle au degré de destruction du foie. Elle augmente presque immédiatement après l'intervention, dès qu'on a donné issue au pus.

Les chlorures sont diminuées ; les phosphates sont peu atteints, parfois augmentés, mais toujours diminués vers la fin des cas mortels.

6° **Appareil cutané.** — Les malades sont parfois atteints d'ictère : une fois sur six environ ; ils peuvent être aussi sujets à des éruptions furonculeuses.

7° **Système nerveux.** — On observe souvent de l'insomnie, avec délire.

8° **Nutrition.** — L'amaigrissement est excessivement rapide, mais aussi la réparation se fait très vite, après l'opération.

DIAGNOSTIC

Lorsque l'abcès du foie ne s'impose pas au diagnostic par une évolution franche, des signes nettement caractéristiques, si l'on a affaire à une hépatite fruste, larvée ou latente, le problème diagnostique devient des plus difficiles à résoudre, et la présence d'un épanchement pleural n'est pas faite pour le simplifier.

Les cas sont nombreux où l'abcès du foie a été pris pour une pleurésie purulente (Rabaine, Guéneau de Mussy, Hanot, Macé, Achard, Dupré, etc...), pour une pleurésie séreuse, pour une fièvre typhoïde (Desnouzilles, Arnaud).

Et nous devons ajouter que l'épanchement pleural, sauf quand le pus jécoral a fait brusquement irruption dans la plèvre, a été fort rarement diagnostiqué : il était presque toujours une trouvaille d'autopsie.

Il serait trop long de retracer ici les symptômes qui permettent de diagnostiquer la présence d'une suppuration hépatique et de la différencier des autres affections avec lesquelles on peut la confondre.

1° Les *affections aiguës* telles que la *fièvre bilieuse des pays chauds*, la *congestion du foie*, les *formes graves d'embarras gastrique*, la *tuberculisation aiguë*.

2° Les *affections chroniques* telles que la *tuberculose chronique*, le *cancer du foie* ou *de l'estomac*, le *kyste hydalique*, l'*anévrysme de l'aorte, abdominale*, etc...

Nous nous bornerons uniquement à l'étude du diagnostic de l'épanchement quand il y a abcès du foie.

I. — Tout d'abord, quels sont les traits communs à l'abcès du foie et à la pleurésie purulente quand le début de la maladie est insidieux.

A). — **Symptômes communs.** — 1° *Signes physiques:* La matité augmentée à la base du thorax, débordant les fausses côtes, peut être l'indice d'une augmentation de volume du foie ou de l'abaissement de cet organe par un épanchement pleural.

S'il y a vomique, la matité peut révéler une sclérose pulmonaire ou une pleurésie.

Le silence respiratoire à la partie inférieure de l'hémithorax droit, ainsi que la suppression plus ou moins complète des vibrations thoraciques, peuvent être attribués aussi bien à l'accumulation du liquide qu'à l'ascension du foie augmenté de volume.

La densité pulmonaire accrue par le tassement peut se traduire par un souffle, et même par de la pectoriloquie aphone.

Le développement du côté droit, l'élargissement des espaces intercostaux, le frottement pleural, l'œdème de la paroi sont encore des signes communs.

Quand l'abcès au foie est ouvert dans la plèvre, on

n'entend plus ni bruits respiratoires ni râles d'aucune espèce, et l'on perçoit facilement l'égophonie, mais ce dernier signe existe également dans les collections abondantes du poumon où presque tout le tissu est détruit, et alors il est difficile de reconnaître le véritable siège de l'épanchement.

La vomique peut reconnaître pour cause l'ouverture de l'abcès dans les bronches, ou l'ouverture d'une pleurésie purulente à pneumocoques (la seule presque exclusivement qui se termine par vomique).

La fétidité de l'haleine, le mauvais goût existent dans toute pleurésie purulente.

2° *Troubles fonctionnels :* Dans l'abcès comme dans l'épanchement, la dyspnée peut être intense, et la toux sèche et pénible ; la douleur peut revêtir sensiblement les mêmes caractères.

3° *Symptômes généraux* · La fièvre est vive et irrégulière dans les cas aigus, vespérale et à caractère hectique dans les cas chroniques. La dénutrition existe dans les deux affections, et quelquefois même la diarrhée coliquante et le marasme.

B). — **Différences réelles.** — La matité revêt la forme d'un dôme convexe en haut dans l'hépatite : elle est parabolique de haut en bas et d'arrière en avant dans la pleurésie (courbe de Damoiseau).

Dans la pleurésie le diaphragme en s'abaissant entraîne les fausses côtes qui prennent une direction oblique en bas et en dedans, faisant contraste avec le côté sain ; dans l'abcès du foie les côtes sont rejetées en dehors presque horizontales.

La saillie du foie, compliquée de diarrhée persistante, éloigne le diagnostic de pleurésie purulente seule.

Le point de côté est généralement plus net quand il y a épanchement pleural.

La fièvre et la cachexie peuvent présenter les mêmes caractères ; toutefois les symptômes digestifs sont plus marqués quand il y a abcès du foie.

La présence du bacille de Koch dans les produits expulsés par vomique, serait un indice de pleurésie purulente tuberculeuse. Mais l'ouverture de l'abcès dans la fièvre ne peut-elle être associée à des lésions pulmonaires ?

La *radioscopie* peut donner des renseignements très précis, mais elle n'a pas été utilisée encore de façon courante. Les cas où les malades ont été soumis aux rayons X sont rares. Desplats (*Journal des sciences médicales de Lille*) pourtant, en a eu pleine satisfaction. Il s'agissait d'un malade dont l'histoire clinique étai assez confuse. On fit donc l'examen radioscopique du thorax et de l'abdomen. Du côté droit on vit une opacité complète, remontant jusqu'au cinquième espace intercostal, montant et descendant pendant l'expiration et l'inspiration. Aux grandes inspirations, quand le diamètre du thorax s'agrandit au maximum, un espace clair apparaissait en dehors de la gouttière costo-diaphragmatique, entre la face supérieure du diaphragme et les dernières côtes.

Plus de doute, il s'agissait d'une collection sous-diaphragmatique, et l'opération confirma ce diagnostic.

Nous arrivons enfin à un élément de tout premier

ordre : nous voulons dire *la ponction exploratrice*, qui devra être pratiquée systématiquement chez tout malade « ayant droit à l'abcès du foie ».

Outre qu'elle révèle la présence d'une suppuration, elle fournit des renseignements utiles pour le diagnostic différentiel. Ainsi, si l'on enfonce le trocart dans la plèvre, il ne présentera aucun mouvement ni à l'un ni à l'autre des deux temps de la respiration ; si on l'enfonce dans le foie à travers la plèvre et le diaphragme, on verra le talon de l'instrument s'élever aux inspirations et s'abaisser aux expirations. En interposant un manomètre sur l'appareil de Potain on pourra voir la pression monter dans l'inspiration : signe propre à l'abcès du foie ; dans le cas de pleurésie on assistera au phénomène inverse (Pfühl). C'est un signe mathématique, sauf quand il y a ouverture de l'abcès dans les bronches.

Si l'on soupçonne une *pleurésie séreuse* de *voisinage*, on pourra utiliser le procédé suivant : on monte une aiguille longue au moins de 6 centimètres, d'un calibre assez gros, sur une seringue, de Pravaz ou autre. On l'enfonce lentement dans le huitième ou neuvième espace intercostal, sur la ligne axillaire postérieure : on aspire à mesure qu'on avance dans les tissus ; dans un premier temps on pourra obtenir du liquide citrin venant de la plèvre ; dans un second temps, en enfonçant plus profondément l'aiguille, après avoir traversé un faible parcours, on obtiendra le pus de l'abcès hépatique.

Le pus extrait par ponction est de couleur lie-de-vin, chocolat, mélangé quelquefois de sang, grumeleux, filant et inodore dans les cas d'hépatite ; dans la pleurésie

purulente il est grisâtre, café au lait, le plus souvent blanc verdâtre et d'odeur fétide.

Inoculé au cobaye, il le rend tuberculeux quand c'est une pleurésie bacillaire qui est en cause ; le pus de l'abcès du foie ne produit au contraire aucune réaction ; il est amicrobien.

Examen histologique. — On trouve dans le pus jécoral des cellules hépatiques ayant subi la nécrose ou la coagulation, des cristaux rhombiques de bilirubine, des éléments de la bile.

La coloration simple au violet de gentiane en montrant l'existence de microorganismes (cocci le plus souvent) militera en faveur de l'abcès du foie. Quand à la suite d'un examen positif sur lamelle la culture dans les milieux habituels (bouillon, gélose) n'aura pas donné de résultat au bout de trente-six ou quarante-huit heures on pourra affirmer l'origine hépatique de l'affection.

La présence d'un bacille de Koch milite en faveur de l'épanchement pleural purulent.

Mais bien des causes d'erreur peuvent survenir, occasionnées par la simultanéité de l'hépatite et de lésions tuberculeuses, par l'irruption du pus dans la plèvre, et secondairement dans le poumon, entraînant ainsi une communication de la collection avec l'extérieur, et la possibilité de l'infection par des microorganismes étrangers à la suppuration hépatique.

II. — Le diagnostic avec la *pneumonie* est plus aisé. Le râle crépitant type, le souffle bronchique, le râle sous-crépitant à grosses bulles, le souffle cavitaire ; le caractère de la fièvre, sont des symptômes cardi-

naux; l'examen des crachats confirmera le diagnostic.

III. — L'*abcès du poumon*, la *granulie*, le *pyothorax sous-phrénique* ne pourront pas être confondus ; il suffira de songer à ces affections pour ne pas commettre d'erreur.

Il en sera de même pour le *phlegmon de la paroi* et l'*ostéite costale*.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'abcès du foie compliqué d'épanchement pleural est mauvais ; très réservé quand on a pu établir qu'une pleurésie complique l'abcès, il devient presque toujours fatal quand le pus hépatique a fait issue dans la plèvre à travers le diaphragme. La mortalité est de 86,8 0/0.

Sur nos 85 *observations nous relevons* 73 *décès et* 12 *guérisons.*

Les cas heureux se répartissent comme suit :

Une pleurésie appendiculaire, vomique : opération de l'empyème ; résection de l'appendice (Kirmisson).

Deux ouvertures de l'abcès dans la plèvre droite :

a) Double incision, drainage (Northrupp).

b) Deux ponctions (Nichols).

Trois ouvertures dans le poumon et la plèvre :

a) Ponction, puis incision du neuvième espace ; drainage, lavages à l'eau boriquée ; guérison en quatre mois et demi (Ferron).

b) Opération de Little (Rozemont-Malbot).

c) Incision, drainage (Roughton).

Une ouverture dans la scissure interlobaire ; pleurésie enkystée ; résection de la dixième côte, drainage ; guérison en un mois et demi (Loison).

Une pleurésie séreuse, ponction ; incision transpleurale, résection de 3 centimètres de la neuvième côte ; drainage ; guérison en deux mois (Loison).

Une pleurésie séreuse d'abord, puis purulente ; ponction de la plèvre ; laparotomie sous-costale ; empyème ; guérison en huit mois, (Jaboulay).

Une pleurésie purulente, ponction de la plèvre ; laparotomie ; guérison en deux mois et demi (Mendelson).

Une pleurésie séreuse ; incision transpleurale de l'abcès (Jacob).

Une pleurésie séreuse consécutive à l'incision transpleurale de l'abcès dans le neuvième espace intercostal ; drainage. Un mois après l'incision de l'abcès, pleurésie ; ponction : 300 centimètres cubes de liquide citrin (Loison).

Et chez presque tous ces malades sauvés, les chirurgiens ont trouvé comme des excuses à leur guérison : soit robustesse exceptionnelle, soit forme bénigne de l'affection, etc...

Ainsi, le pronostic dépendra :

1° De l'état général : il faut que le malade puisse faire la réparation après l'ouverture de l'abcès ;

2° De la rapidité de l'intervention (et ce point est abandonné au diagnostic précis).

Il faudra établir une distinction entre le malade qui revient des pays chauds (paludéen, dysentérique) et

le sujet atteint simplement d'abcès du foie nostras.

L'état typhoïde est un syndrome qui supprime tout espoir de survie.

Les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'abcès sera unique, à marche lente, à épanchement pleural séreux, et plus rapidement diagnostiqué, donc plus rapidement ouvert.

Certes, on ne devra pas négliger le traitement médical : hygiène, matière médicale, régime, eaux minérales, émissions sanguines... Mais ces précautions ne seront qu'un adjuvent et non un traitement systématique.

L'incision en effet est le seul traitement efficace : déjà nécessaire dans les cas d'abcès du foie simple, elle devient ici de toute urgence.

Si l'abcès du foie est ouvert dans la plèvre, le pus séjourne dans la cavité de cette séreuse, s'y enkyste ; son évacuation est difficile sinon impossible ; on assiste à des phénomènes de rétention, d'hecticité... à la mort.

Il ne faudra fonder aucun espoir sur l'issue possible, par les bronches, d'une collection qui aura déjà passé du foie à la plèvre, car si cette migration se complétait, elle constituerait le pyo-pneumo-thorax qui pardonne bien rarement, et offre peu de chances de salut, même traité chirurgicalement.

TRAITEMENT — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

« Opérer, opérer encore, opérer toujours. Étant donné le sombre et désastreux pronostic qui a toujours été et qui sera toujours celui-là seul que l'on puisse porter en cas d'abstention, le médecin ne peut hésiter » (Legrand). Mais quelle sera l'opération de choix ? — Elle différera suivant que nous aurons affaire à un épanchement pleural de voisinage, ou à une ouverture de l'abcès dans la plèvre.

A).— **Pleurésie de voisinage.** — Le choix du procédé sera inspiré par ce fait qu'à tout prix il faut éviter de toucher à la plèvre. Nous avons relevé plusieurs observations où on pratiqua l'incision transpleurale de l'abcès sans s'être rendu compte, autrement qu'au moment de l'incision, de la présence de liquide séreux dans la plèvre. Deux ou trois jours après on constatait une pleurésie purulente. En effet, une seule goutte du pus suffit à infecter la plèvre lorsqu'elle contient déjà un liquide capable de fournir un excellent milieu de culture. Le pus des abcès du foie est amicrobien pourtant ; mais

cette règle ne peut-elle souffrir d'exception ? Si on a dit qu'il était stérile, avec des microcoques isolés ou en points doubles ou chaînettes, on y a trouvé aussi des staphylocoques aureus et albus, des streptocoques, des pneumocoques, coli, amibes, etc...

Et ne doit-on pas tenir compte également de l'infection secondaire par l'air, les objets de pansement, etc...?

L'intervention, quand on a diagnostiqué l'épanchement, se fera en deux temps :

1° *Ponction évacuatrice de la plèvre, ou thoracotomie,* suivant les cas.

2° *Opération de l'abcès du foie.* — La ponction évacuatrice est un procédé insuffisant et illusoire ; les méthodes d'incision lente (Récamier, Graves, Bégin) ne peuvent pas être recommandées, ni l'incision large et directe par voie transpleurale (Stomayer, Little, Neil, Mac-Leod).

Restent donc les incisions de l'abcès : *a*) par résection du bord inférieur du thorax, par relèvement du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique ; *b*) par laparotomie.

Mais, quel que soit le procédé employé dans les interventions sur le foie, on ne négligera jamais de donner au malade des préparations opiacées pour prévenir la toux et les mouvements intestinaux ; on s'oppose ainsi aux déplacements brusques du foyer purulent et à la pénétration du pus dans la cavité voisine, pleurale ou péritonéale.

I. — L'ÉPANCHEMENT A ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ

a) **Résection du bord inférieur du thorax.** — Méthode de Lannelongue et Canniot.

1° *Incision droite à 2 centimètres* au-dessous du bord inférieur du thorax, légèrement oblique en bas et en dehors, commençant à 3 centimètres du bord externe du sternum et finissant à l'union de la dixième côte et de son cartilage. Sectionner successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le grand oblique et le droit de l'abdomen. Disséquer la lèvre supérieure.

2° *Isolement du bord costal.* — Désinsérer le petit oblique ; séparer les cartilages costaux des attaches du transverse et des fibres les plus inférieures du diaphragme. Éviter soigneusement l'ouverture du cul-de-sac pleural.

3° *Résection du bord costal.* — La partie enlevée a une forme triangulaire ou trapézoïde dont le grand côté est représenté par le rebord costal. Elle comprend une assez grande partie des dixième, neuvième, huitième cartilages costaux et la partie correspondante des espaces intercostaux.

Faire l'hémostase soigneusement avant d'ouvrir le péritoine.

4° *Ponction du foie.* — Suture de l'organe aux bords de la plaie

5° *Ouverture de la cavité* au bistouri ou au thermocautère ; désinfection, lavages antiseptiques, et pansement antiseptique compressif changé tous les jours.

b) **Décollement et relèvement du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique** (Voie parapleurale trans-diaphragmatique). — C'est la méthode de Siraud, sur laquelle nous ne pouvons pas beaucoup insister : elle est plus théorique que pratique, et n'a pas encore fait ses preuves.

1° *Incision de la peau et des parties* molles ; incision courbe partant du bord supérieur de la huitième côte au niveau de son articulation avec son cartilage, longue de 10 centimètres, et suivant le huitième espace intercostal.

2° *Résection temporaire* des côtes et mobilisation du volet thoracique formé : la charnière est formée par le septième espace.

3° *Décollement du cul-de-sac pleural.*

4° *Incision du diaphragme* et relèvement en bloc du muscle et du cul-de-sac pleural.

5° *Intervention* proprement dite sur la collection hépatique.

6° *Remise en place* du volet costal mobilisé.

c) **Laparatomie.** — Incision de laparotomie parallèle à la douzième côte, au-dessous d'elle. Section de tous les plans de la paroi abdominale postérieure. Arrivé sur la face post du foie ponctionner, laver et drainer. (Voir observation 22.)

II. — L'épanchement n'a pas été diagnostiqué

Si l'incision transpleurale peut être recommandée quand il n'y a pas de complication pleurale (malgré les rares observations d'infection secondaire de la plèvre)

on doit autant que possible « tourner » la cavité séreuse lorsqu'un épanchement complique l'abcès du foie. Naturellement la chose n'est possible que lorsque la pleurésie aura été diagnostiquée.

Mais, si au cours de l'intervention transpleurale, le chirurgien se trouve en présence d'une collection séreuse ou purulente à l'intérieur de la séreuse, quelle conduite devra-t-il tenir ?

M. le Dr Mauclaire, en pareil cas, eut recours à la *protection de la cavité pleurale*, une fois évacuée, par *des compresses* abondantes: ce n'est qu'après ce temps opératoire, qu'il *incisa le diaphragme* puis *l'abcès hépatique* qui laissa écouler un litre de pus épais : il *sutura le diaphragme à la peau* en laissant les compresses et les mèches qui protègent la cavité pleurale (obs. 1) ainsi qu'on le fait pour la protection du péritoine dans les laparotomies.

M. le Dr Jacob s'arrête au procédé suivant :

Il *repère* tout d'abord l'abcès au moyen du trocart ; le pus trouvé le trocart est confié à un aide qui doit veiller à ce qu'il ne se déplace pas. Il pratique alors la *résection de la côte* qui est au-dessous du trocart. La *plèvre pariétale* est ensuite *incisée méthodiquement* sur une étendue correspondant à peu près à la résection costale (5 c/m environ.) A ce moment un aide *refoule le foie* contre la paroi thoracique en appuyant avec une main sur la paroi abdominale pendant qu'un deuxième aide refoule à son tour la paroi costale contre le foie : cette manœuvre a pour but d'accoler la plèvre pariétale contre la plèvre viscérale et le diaphragme ; elle doit être

continuée jusqu'à la mise en place des drains dans la cavité de l'abcès.

Donc, les aides comprimant le thorax et le foie, le chirurgien *incise le feuillet viscéral* de la plèvre et le *diaphragme* sur une longeur de 5 centimètres, prudemment, doucement, et lorsque le diaphragme a été incisé, il repère ses deux lèvres avec des pinces de Kocher qu'il confie à un aide. La traction sur les pinces oblitère complètement la plèvre et l'on peut alors *inciser le foie* et donner issue au pus sans rien craindre. Deux à trois gros drains sont ensuite placés dans la cavité de l'abcès et un peu de gaze est tassée autour d'eux.

B). — *Ouverture de l'abcès dans la plèvre.* — Dans ce cas, il faut intervenir et intervenir rapidement. On aura le choix entre la pleurotomie et l'incision de l'abcès par laparotomie. Il est urgent, toujours, de faire l'opération de *l'empyème.* Il faut prévoir que l'état suppuré de la plèvre et le phlegmon de la paroi peuvent amener à des résections multiples de côtes et même à l'opération d'Estlander.

De même on peut être conduit à chercher sur *le foie,* en dehors de la plèvre, un *autre point d'ouverture* qui créerait une voie d'écoulement plus favorable, et c'est même à ce dernier procédé que nous accordons la préférence.

S'il y a fistule bronchique communiquant avec le pyothorax, faut-il regarder les malades comme placés au-dessus de toute tentative de l'art, ou fonder quelque espoir sur une cicatrisation interne opérée par la nature? — Ne rien faire c'est la mort certaine. On a le choix

entre un empyème et une hépatotomie : drainera-t-on la plèvre, ou drainera-t-on le foie ?

On a tout avantage à atteindre d'emblée le foie car on aura une incision plus déclive ; les lavages tariront le pus dans sa source ; parce que l'incision d'un espace élevé conduisant dans l'épanchement pleural rendra très laborieuse l'ouverture du foie à travers la convexité du diaphragme. Il serait possible cependant que les diverticules et clapiers successifs, et notamment le pus du cul-de-sac pleural, ne puissent être entièrement asséchés par le traitement costal inférieur. On en viendra alors, s'il le fallait, à une ouverture secondaire dans la plèvre qui aurait chance d'être moins grave si déjà la fistule pulmonaire avait pu se fermer.

L'observation 22 nous offre un cas merveilleux de guérison grâce à cette double incision.

On peut pratiquer également l opération de l'empyème : incision dans le huitième espace, longue de 10 centimètres, recherche de l'orifice faisant communiquer l'abcès hépatique avec la plèvre ; lavage de la double cavité ; drainage à l'aide de deux tubes passant l'un à travers le diaphragme dans le foyer hépatique, l'autre dans la cavité pleurale (obs. 20).

OBSERVATIONS

§ I. — Décès

Observation I (*inédite*)

(Recueillie dans le service de M. Mauclaire,
à la Maison municipale de santé.)

Abcès du foie. Pleurésie séreuse. Vomique.
Incision transpleurale de l'abcès hépatique. Mort.

F. S..., âgé de 37 ans ; entré à l'Hôpital Dubois le 25 juin 1907.

Depuis quatre ans le malade est au Gabon. Au mois de juin 1906, dysenterie très grave soignée à l'hôpital du Gabon.

Il a maigri de 20 kilogrammes de juin 1906 à février 1907, date de son retour en France. Après son arrivée la dysenterie s'améliore et guérit.

Vers le *10 avril*, le malade étant à la campagne commence à cracher abondamment : ses crachats présentent au début quelques filets de sang, puis deviennent franchement hémoptoïques ; à trois reprises hémoptysies franches. Le malade évalue à 1 litre environ la quantité de ses crachats, par jour. Il est soigné pour une congestion pulmonaire tuberculeuse.

C'est dans ces conditions qu'il est envoyé au sanatorium de Buzenval. Ses crachats sont devenus purulents, présentant parfois l'aspect de crachats pneumoniques : aussi est-il soigné pour pneumonie, puis pour pleuro-pneumonie. A son entrée sept à huit crachoirs sont expectorés par jour. Trois semaines après la quantité est réduite à deux crachoirs.

La température a toujours été au-dessus de 37°, avec quelques ascensions à 38 et 38°3. Jamais de transpirations.

Il est examiné à ce moment par un médecin de la marine qui diagnostique un *abcès du foie avec ouverture dans le poumon droit et vomique*.

Le 25 *juin* 1907 le malade entre à Dubois, très fatigué ; dyspnée assez intense ; émaciation, pâleur ictérique. Température : 38°2. Appétit conservé. Cachexie extrême.

Pas de douleur spontanée.

Dilatation antéro-postérieure du côté droit du thorax. Le foie est augmenté de volume ; il descend à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal. Il est douloureux à la palpation.

Le malade tousse beaucoup ; vomique abondante ; crachats purulents et striés de sang : environ deux crachoirs par jour.

Matité dans tout l'hémithorax droit. Respiration saccadée et dyspnéique. Râles crépitants à droite.

Régime lacté. Sérum. Huile camphrée.

Opération le 29 juin. — Ponctions exploratrices dans le dixième espace intercostal, en arrière : elles sont négatives, étant donné l'épaisseur du pus. Incision de l'espace, résection de la dixième côte. Incision de la plèvre qui contient 1 litre de liquide séreux. Protection de la cavité pleurale avec des compresses. Incision du diaphragme, puis de l'abcès hépatique qui laisse écouler 1 litre de pus épais. Suture du diaphragme à la peau en

laissant les compresses et mèches qui protègent la cavité pleurale.

Dyspnée persistante après l'opération. Mort le troisième jour. Autopsie refusée.

Observation II

Abcès du foie. Pleurésie séreuse. Mort. (Bertrand et Fontan.)

B..., mécanicien, corse, embarqué sur le *Richelieu*. N'est jamais allé aux colonies; a navigué, comme chauffeur, dans la Méditerranée.

Le 1er *mai* 1883, à Toulon, dysenterie; selles fortement sanguinolentes.

5 *juin*. — Douleur à l'hypochoudre droit et à l'épaule correspondante. Fièvre. A la fin de juin, amélioration; mais dyspepsie persistante.

20 *juillet*. — Reprise des douleurs au côté droit et à l'épaule.

3 *août*. — Douleurs vives, fièvre, toux, dyspnée; obscurité du murmure vésiculaire à droite et en arrière; souffle; voix chevrotante.

19 *août*. — Frisson prolongé. Pleurésie manifeste. Ponction aspiratrice avec le trocart de Potain. Extraction de 750 centimètres cubes de sérosité citrine.

24 *août*. — Abondante expectoration de crachats rouge brique. Toux très pénible. Hecticité. Vomiques.

Mort le 22 septembre.

A l'Autopsie, pleurésie droite et abcès au foie en communication avec le poumon.

Observation III

Abcès de la face supérieure du foie, au lobe droit, ouvert dans la plèvre. Pleurotomie. Mort. (Loison et Arnaud. *Rev. de méd.*, nov. 1892.)

L..., cavalier aux chasseurs d'Afrique, malade pour la première fois, n'a jamais eu ni dysenterie, ni paludisme, ni typhoïde.

26 *septembre* 1891. — Il est envoyé à l'hôpital présentant une fatigue générale, anorexie, insomnie. Douleur à l'épaule droite. Langue blanche, ventre souple ; pas de diarrhée ; pouls à 84. Fièvre : 39° environ.

28 *septembre*. — La quinine reste sans action. On diagnostique une fièvre typhoïde. Les jours suivants, gargouillements dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires.

10 *octobre*. — La température tombe. Douleur persistante au niveau de l'apophyse coracoïde, et aussi au niveau du foie.

21 *octobre*. — Très amélioré le malade est envoyé à son corps. Mais aussitôt il se met à tousser et à cracher du sang. Il rentre à l'hôpital.

26 *octobre*. — Fièvre, râles sibilants et souffle à la base du poumon droit. Crachats sanguinolents.

29 *octobre*. — Progrès de la matité et de la condensation du poumon droit.

9 *novembre*. — On admet un épanchement pleurétique remontant jusque vers l'angle de l'omoplate. Ventre souple. Cinq selles liquides dans les vingt-quatre heures.

13 *novembre*. — Aggravation. Fatigue extrême. Teint plombé. Diarrhée persistante ; augmentation de l'épanchement pleurétique.

Une ponction exploratrice, faite avec le Potain, révèle la présence du pus. Séance tenante, sous le chloroforme, on pratique la pleurotomie par incision au bistouri, du cinquième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Pus grisâtre abondant, sans odeur. Deux gros drains, pas de lavage

A dater de ce moment l'état du malade empire chaque jour, dyspnée, dépression, ventre ballonné, selles dysentériques.

17 *novembre.* — Évacuation de selles purulentes qui font penser à un abcès du foie, ouvert dans l'intestin. Collapsus.

21 *novembre.* — Mort par asphyxie.

AUTOPSIE. — Cavité thoracique. Rien au péricarde, cœur, plèvre et poumon gauche. La plèvre droite est complètement tapissée par une néo-membrane fibrino-purulente. Orifice faisant communiquer à travers le diaphragme, la plèvre avec un grand abcès de la face supérieure du lobe droit du foie. *Cavité abdominale :* adhérences fibrineuses entre le foie et le diaphragme. A ce niveau, cavité grosse comme le poing, et qui s'est ouverte dans la plèvre en passant à travers le diaphragme et les deux lobes inférieurs du poumon.

Observation IV

Abcès du foie. Épanchement pleural. Incision de l'abcès Mort.
(BERTRAND ET FONTAN. *L'hépatite suppurée.*)

V.... maître armurier, 33 ans, rapatrié du Tonkin. Entre à Saint-Mandrier le 27 octobre 1889. N'a rien eu aux colonies. Pendant son voyage a ressenti les premières atteintes de s maladie actuelle.

État à l'entrée. — Maigreur très accusée ; face terreuse; anorexie et dyspepsie ; quelques vomissements ; fièvre vespérale ;

douleurs à l'hypochondre droit et à l'épaule droite; dyspnée ; insomnie.

Le foie déborde d'environ deux travers de doigt et remonte jusqu'au mamelon. Sa percussion est douloureuse, surtout entre la huitième et la neuvième côte. Œdème de la paroi.

29 *octobre.* — Température : matin, 38°4, soir, 38°1. *Ponction exploratrice* avec l'aiguille n° 3 de l'appareil de Potain dans le septième espace intercostal. Issue d'environ 400 grammes d'un liquide séro-sanguinolent paraissant provenir de la cavité pleurale.

L'aiguille, enfoncée plus profondément dans l'organe hépatique, amène ensuite, dans le tube, une certaine quantité de pus épais et granuleux.

30 *octobre.* — Selles dysentériques abondantes, vertes, avec placards de pus sanguinolent.

31 *octobre.* — Dyspnée très forte et douleurs hépatiques beaucoup plus vives. Le malade demande avec insistance une intervention chirurgicale.

1er *novembre.* — Une aiguille de l'appareil de Dieulafoy est enfoncée au-dessous du rebord des fausses côtes; l'aspiration donne du pus ; *incision* sur l'aiguille. Issue, en grande quantité d'un pus mal lié, verdâtre, grumeleux. Lavages boriqués; la cavité de l'abcès est telle qu'un Béniqué y pénètre dans tous les sens, sur presque toute sa longueur. Drainage. Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée, recouverte de coton bichloruré et de gutta-percha.

Température : matin, 37°6; soir, 36°6.

2 *novembre.* — Dyspnée beaucoup moins intense. La dysenterie persiste; huit à dix selles dans les vingt-quatre heures. La matité du foie a fait place à une sonorité exagérée produite par

la cavité de l'abcès occupant presque toute l'étendue de l'organe hépatique.

3 *novembre.* — Température : matin, 38° ; soir, 38°7. Irrigation boriquée. Pansement avec poudre d'iodoforme et gaze iodoformée.

6 *novembre.* — Température : matin, 38° ; soir, 38°9. L'épanchement pleural est reformé.

7 *novembre.* — Température matin, 38° ; soir, 39°. Les lavages donnent issue à une grande quantité de pus dont les grumeaux obstruaient la lumière des drains.

8 *novembre.* — Œdème des extrémités supérieures, apparent surtout aux mains. Cinq selles dans la nuit.

9 *novembre.* — Température : matin, 38°9 ; soir, 39°. Urines très albumineuses. Dysenterie.

12 *novembre.* — La matité donnée par l'épanchement remonte jusqu'au mamelon. Selles dysentériques nombreuses ; affaiblissement de plus en plus marqué. Subdelirium cette nuit.

13 *novembre.* — Température : matin, 38° ; soir, 38°4. L'épanchement augmente.

15 *novembre.* — Température : matin, 38°2 ; soir, 38°. Mort à 11 h. 15 du soir.

Autopsie. — Cavité thoracique. Poumon droit refoulé en haut et en dedans par un épanchement séro-sanguin que l'on peut évaluer à un litre et demi de liquide. Des brides longues et peu résistantes relient l'organe à la paroi.

A gauche, adhérences pleurales. Les deux poumons sont sains.

Cavité abdominale. Adhérences du foie avec le diaphragme, la paroi costale et les organes voisins. Gros abcès du lobe droit. Intégrité apparente du gros intestin. Ulcérations peu profondes

dans l'intestin grêle, relativement confluentes au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Observation V

Abcès du foie. Léger épanchement pleural. Incision transpleurale. Pleurésie. Mort. (Fontan. *Soc. Chir.*, juillet 1892.)

J..., agent de police, a passé plusieurs années en Indo-Chine. A été opéré à Haïphong d'un abcès du foie (lobe gauche). Guéri. En janvier 1892, nouvelle poussée d'hépatite aiguë. Ponction évacuatrice, pendant son retour en France : 3 litres de pus.

Il se présente dans un état d'émaciation et de paleur extrême ; ni fièvre, ni diarrhée ; ventre énorme, globuleux.

Le foie occupe la plus grande partie de la cavité abdominale. Hauteur de la matité : 30 centimètres. Grande voussure à droite.

3 *juin*. — Chloroforme très prudent. Incision sur la douzième côte, dont on résèque 8 centimètres. Le doigt constate que le foie est libre et ne présente aucune adhérence avec le diaphragme. Pendant la résection costale, on a pratiqué une petite incision au cul-de-sac pleural qu'on aurait voulu ménager. Issue de quelques cuillerées de liquide citrin venant manifestement de la plèvre. On suture au catgut ce cul-de-sac. Incision du foie, et issue de 4 litres de pus chocolat ; à l'aide d'un cathéter on constate l'énorme profondeur de l'abcès, qui a plus de 20 centimètres de diamètre transversal. Curettage méthodique, prudent, aussi complet que possible, à l'aide de longues curettes utérines qui disparaissent dans la poche, et qui ramènent une grande quantité de pus et de matières boueuses. Lavages boriqués et bichlorurés ; deux drains en canon de fusil.

4 *juin.* — Pas de fièvre, 36°5. Le malade se déclare très soulagé; a pu dormir cette nuit; plus de dyspnée.

La percussion indique du skodisme à droite, sous le mamelon. La limite inférieure du foie dans l'abdomen est remontée de 8 centimètres. Température : soir, 37°. A 5 heures du soir le malade est pris d'une dyspnée très intense, avec point de côté très douloureux, suffocation, délire, sans fièvre.

A 6 heures, le délire cesse ; la dyspnée est calmée par la position assise. Moral très abattu; ventouses, morphine dans la nuit, hallucinations, puis calme.

5 *juin.* — Température : 36°7. Point de côté très douloureux au niveau de la masse cartilagineuse commune. En avant, sonorité exagérée de tout l'hémithorax droit ; souffle amphorique. L'écoulement du pus est satisfaisant et les lavages se font bien dans la poche hépatique. Température : soir, 36°6. On porte le diagnostic de pyo-pneumo-thorax.

6 *juin.* — Température : matin, 36°2 ; soir, 36°6.

Après une période d'accalmie relative, le malade est repris de phénomènes dyspnéiques, de dysphagie, puis d'hémiplégie faciale et linguale.

Ces accidents sont fugitifs; mais l'homme succombe à 10 heures du soir.

Autopsie. — Foie énorme, adhérant solidement à l'ancienne cicatrice épigastrique au niveau du ligament suspenseur; adhérences plus faibles sur tout le lobe gauche.

Dans la plèvre droite un épanchement séro-fibrineux très abondant.

Le sillon costo-diaphragmatique est comblé sur une hauteur de 8 centimètres par des pseudo-membranes fibrino-purulentes, et le liquide pleural ne descend pas dans cet espace. La bou-

tonnière faite à la plèvre pendant l'opération est agglutinée par des exsudats fibrineux.

Lésions dysentériques anciennes sur l'intestin.

Observation VI

Abcès du foie datant de un mois. Incision du huitième espace intercostal. Pleurésie séreuse ouverte dans la poche. Muguet intestinal. Mort le douzième jour. (Hache. *Tr. des abcès du foie.*)

Homme de 53 ans, habitant Alexandrie. Dysenterie faible, un an avant, n'ayant pas altéré sa santé.

Fin mars 1899. — Malaise, diarrhée, fièvre vespérale, pesanteur hépatique.

11 *avril.* — A Beyrouth, anorexie, maigreur, grande faiblesse Température : 38°.

16 *avril.* - Une ponction dans le neuvième espace, au point le plus douloureux du foie, ne donne que du sang.

22 *avril.* — Deuxième ponction dans le huitième espace ; donne du pus. Incision franche immédiatement. Évacuation de 1 litre de pus. Lavage au biiodure (1/10.000). Drainage. Pas d'amélioration.

29 *avril.* — Une pleurésie séreuse s'ouvre brusquement dans la cavité de l'abcès. Hydro-pneumo-thorax.

4 *mai.* — Mort. Le liquide pleural est resté séreux jusqu'au bout.

Observation VII

Abcès du foie. Pleurésie. Tuberculose plumonaire.
(Robert. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1880, p. 365.)

Garçon boulanger, âgé de 51 ans. Entre à Cochin le 8 janvier. Malade depuis le mois de décembre : point de côté ; toux. Signes

de pleurésie à épanchement médiocre : pas de souffle. Cachexie, anorexie ; ni diarrhée, ni vomissements.

28 *janvier*. — Œdème des deux pieds.

31 *janvier*. — Les signes de pleurésie qui avaient bien diminué reparaissent. Voussure de l'hypochondre droit. Matité hépatique augmentée.

2 *février*. — Ponction exploratrice (Dieulafoy) : 1 cuillerée à bouche de pus épais, jaune brun, sans odeur.

9 *février*. — Intervention sur l'abcès du foie par la méthode de Récamier ; application de pâte de Vienne, potasse caustique.

27 *février*. — La cachexie continue, sans fièvre. La ponction du fond de l'eschare reste négative.

2 *mars*. — L'eschare se détache.

4 *mars*. — Ponction de la plèvre, dans le septième espace, en arrière de la ligne axillaire ; 1.200 centimètres cubes de liquide citrin. Amélioration.

8 *avril*. — Point fluctuant dans le neuvième espace, en dehors de la ligne mamelonnaire.

9 *avril*. — Incision au point fluctuant.

Issue de 200 grammes de pus chocolat, fétide.

Drain à 12 centimètres de profondeur. Deux lavages phéniqués par jour.

12 *avril*. — État amélioré.

17 *mai*. — Mort après des alternatives d'amélioration et d'aggravement.

Observation VIII

Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon droit et la plèvre. (MICHELEAU. *Gaz des hôp.*, janvier 1906.)

Malade âgé de 39 ans, arrimeur, entre à l'hôpital le 5 *septembre* pour pleurésie. Ponction évacuatrice : 800 centimètres cubes de liquide purulent rougeâtre. Les signes d'épanchement persistent.

Le foie est inaccessible à la palpation, s'arrêtant à la percussion à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes.

Amaigrissement prononcé : perte de forces; hypoazoturie.

25 *septembre*. — Le foie est d'une grande sensibilité ; il déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

29 *septembre*. — L'opération de l'empyème est faite par M. le Dr Bégouin.

3 *novembre*. — Mort.

AUTOPSIE. — Un premier abcès ouvert dans le poumon droit ; un second ouvert dans la plèvre.

Observation IX

Pleurésie purulente interlobaire consécutive à un abcès du foie, et opérée avant la vomique. Mort par hémorragie intestinale. (DUPLANT. *Lyon méd.*, janvier 1902.)

Homme de 35 ans. Entre à l'hôpital *le* 31 *août ;* souffrant depuis dix jours d'un point de côté dans la région cœcale ; frissons, sans vomissements.

État à l'entrée. — Petits vomissements bilieux, dyspnée vive voussure dans l'hypochondre droit ; matité et abolition des vibrations en avant jusqu'au quatrième espace, en arrière jusqu'à l'an-

gle de l'omoplate. Sensation de flot. Ni souffle, ni râles, ni toux, ni crachats.

État général mauvais.

Foie gros : descend à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal ; un point douloureux au niveau de la vésicule.

6 *septembre.* — Diagnostic d'empyème accompagné d'adhérences situées à l'extrémité inférieure de la plèvre. Hypothèse de pleurésie interlobaire. Une série de ponctions dans le cinquième espace donne du pus lie-de-vin.

Opération. — Incision en croissant sur les quatrième, cinquième, sixième espaces. Résection de 5 centimètres de la cinquième côte ; la plèvre est d'aspect lardacé : on l'incise ; il s'écoule un litre de pus sanguinolent. La cavité correspondait exactement à la scissure dont le bord inférieur était séparé de la grande cavité pleurale, en dessus et en dessous, par des adhérences. Après la retraction du poumon, il s'écoula environ 2 litres de liquide séreux provenant d'une pleurésie enkystée en arrière du poumon, au-dessus des adhérences postéro-inférieures.

Après l'intervention l'état général reste mauvais.

On soupçonne une autre cavité purulente et on se décide à une *deuxième intervention.* On découvrit à l'extrême base de thorax, en arrière et à droite, un abcès assez vaste qui fut largement ouvert et drainé. Légère amélioration, mais mort quelques jours après par hémorragie intestinale.

Observation X

Hépato-pyo-pneumo-thorax. (Bertrand et Fontan.)

Malade de 21 ans. Soldat d'infanterie de marine. A séjourné à la Guadeloupe ; à sa rentrée en France a eu plusieurs vomiques, crachats rouges ou brunâtres. Température : 38° à 39°.

Anémie profonde. Dyspnée. Signes d'épanchement pleural. Empâtement et tuméfaction à la partie inférieure de l'hémithorax droit. Gros foie.

Une *ponction* à l'appareil de Dieulafoy dans *le neuvième espace* intercostal ne donne rien ; *dans le huitième* on obtient un peu de pus rougeâtre. Mort sans intervention.

Autopsie. — Cavité pleurale sans liquide, mais ses parois sont recouvertes d'un pus épais, visqueux, fétide.

Observation XI

Hépatite suppurée (Nouvelle-Calédonie). Abcès ouvert dans la plèvre. Albuminurie. Mort. (Bertrand et Fontan).

20 *juin*. — Brusquement douleur aiguë au côté droit ; matité montant très haut à droite. Égophonie.

22 *juin*. — Ponction évacuatrice (Potain) : 1 litre de pus chocolat gluant visqueux.

24 *juin*. — Deuxième ponction, 2 centimètres au-dessous de la première : 1 lit. 3/4 de liquide est extrait.

27 *juin*. — Mort.

Observation XII

Hépatite suppurée (Tonkin). Abcès multiples du foie. Ouverture dans le péritoine et la plèvre. (Bertrand et Fontan.)

Incision du huitième espace, 6 à 7 centimètres au-dessous du mamelon, un peu en avant. Drainage, après évacuation d'un pus grisâtre. Le lendemain pus chocolat ; mort.

Observation XIII

Abcès du foie. Fistule hépato-bronchique simulant une bronchorrhée. Pleurésie.
(DUPUY. *Complicat. des abcès du foie du côté des organes respiratoires.*)

22 *août.* — Douleur dans le côté droit. Signes de pleurésie.

23 *août.* — Signes plus marqués. L'épanchement a dû augmenter.

Cœur : insuffisance tricuspidienne. Gros cœur.

Ventre un peu ballonné. Pâleur générale. Frissons. Vomiques.

1er *septembre.* — Température : 39°5. Pouls : 138. Expectoration purulente qui remplit plusieurs crachoirs.

3 *septembre.* — Diarrhée abondante et séreuse. Œdème des membres inférieurs. Adynamie. Sueurs abondantes et visqueuses. Mort.

AUTOPSIE. — Dans la plèvre droite : 1 lit. 1/2 liquide citrin. Poumon droit adhérant au diaphragme.

Observation XIV

Pleurésie séro-fibrineuse par abcès du foie.
(COLLET et CHÈZE. *Lyon médical*, 1906.)

Malade âgé de 22 ans. Symptômes de vaste épanchement pleural droit. Diarrhée profuse, douleur localisée dans l'hypochondre droit.

Trois ponctions de la plèvre en quelques jours : on obtient du liquide séreux, renfermant un grand nombre de globules rouges.

Après la troisième ponction le liquide se reproduit plus lentement.

Au bout de un mois et demi, à l'occasion d'un effort pour se lever, le malade meurt brusquement avec de la cyanose.

Autopsie. — Poumon droit atélectasié.

Plèvre pleine de liquide purulent. Au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique, un orifice arrondi à l'emporte-pièce, conduisant à travers le diaphragme à un abcès développé dans le parenchyme hépatique.

§ II. — Guérisons

Observation XV

Abcès du foie ouvert dans la plèvre. Thoracentèse. Guérison. (Nicholls. *Saint-Georg's Hosp. Rep.*, London, 1869. p. 209.)

Cultivateur qui a pris froid. Léger ictère, douleur hépatique. Frisson. Dyspnée. Œdème des membres inférieurs.

Vers le milieu d'avril : toux violente ; il sent quelque chose craquer en lui. Brusquement il présente les signes d'un épanchement pleural. Ponction entre la septième et la huitième côte ; on tire 6 pintes de pus fétide. Deux jours après : 2 pintes ; une semaine après : 1 pinte.

Fin juin. — Guérison complète.

Observation XVI

Abcès du foie. Pleurésie purulente de voisinage. Thoracentèse. Incision. Guérison. (Mendelson. *Ann. J. Med. Sc. Philadelphia*, 1881, p. 65.)

Femme âgée de 32 ans. Point de côté, toux sèche, dyspnée deux semaines avant d'entrer à l'hôpital.

9 *octobre.* — Admission à l'hôpital. Les symptômes se sont accentués.

Pouls : 116 ; température : 102°8 ; respiration 36.

Signes d'épanchement pleural.

10 *octobre.* — Ponction à l'aide de l'aiguille n° 4 de l'aspirateur de Dieulafoy; première dans le huitième espace : négative ; la deuxième, dans le neuvième espace, donne un peu de pus très épais. Dans l'après-midi trois nouvelles ponctions : on retire deux onces de pus sanguinolent.

19 *octobre.* — Tumeur grosse comme un œuf d'oie dans l'hypochondre droit.

Pneumothorax.

2 *novembre.* — Vomique brusque dans la nuit.

22 *novembre.* — Pouls : 112; respiration : 36; température : 101°8.

Intervention sous éther. Incision de un pouce un quart juste au-dessous et un pouce à droite de l'ombilic dans la partie la plus saillante de la tumeur. Évacuation d'une pinte de pus épais, visqueux, sans odeur. Lavages de la cavité à l'eau et acide carbonique (1/40). Drainage.

23 *novembre.*— Pouls : 104; respiration : 34; temperature : 98°4.

27 *décembre.* — La malade a eu deux élévations de température, mais va mieux. Plus de toux ni d'expectoration.

Observation XVII

Abcès du foie. Perforation du diaphragme. Pyo-pneumo-thorax. Perforation du poumon. Opération. Guérison. (W. NORTHRUPP, *Medical Record*, New-York, 1884.)

C. S..., âgé de 35 ans. Douleurs fréquentes dans la région épigastrique. Fièvre, émaciation. Signes d'épanchement pleural. Vomique. On décide l'intervention.

Le malade fut placé sur le côté gauche, le coude droit à la hauteur du front. Pour les incisions on suivit la méthode du Dr F. Delafield : on chercha le premier espace intercostal au-dessous de l'angle de l'omoplate, et on l'incisa sur une longueur de cinq à six pouces à partir des apophyses épineuses des vertèbres. A travers cette incision on passa une forte sonde recourbée, le dirigeant en bas et en avant jusqu'à ce qu'elle rencontre l'angle fait par le diaphragme et la paroi thoracique. On appuie fortement en dehors dans l'espace intercostal inférieur, et on incise sur le bout de la sonde. A travers ces deux ouvertures on fait passer un gros drain en caoutchouc fenêtré. Cette méthode assure le drainage dans toutes les positions du malade.

En ponctionnant la plèvre, au moment de la première incision, vint une bouffée de gaz fétide ; à chaque effort du malade, expulsion de pus fétide.

En promenant la sonde dans la région où on avait fait la deuxième incision, on la sentit s'enfoncer, et pénétrer dans une cavité, située au delà du diaphragme.

Les quatre jours qui suivirent l'opération, l'état du malade fut mauvais. Lavages deux fois par jour à l'aide d'un courant d'eau chaude. Odeur fétide. On essaie des lavages à l'acide salycilique, à l'acide borique, sans succès.

Après deux semaines, amélioration sensible. La suppuration est bien diminuée ; plus d'odeur fétide.

Quatre semaines après le malade se levait. Il reprend son travail quatre mois après.

Sept mois après, on constate une légère dépression de la paroi thoracique du côté droit. La percussion éveille encore une très légère douleur du côté droit. Le murmure vésiculaire est moins distinct (éloigné) du même côté.

Observation XVIII

Abcès du foie ouvert dans le poumon. Empyème. Incision du huitième espace intercostal. Drainage. Guérison en trente-cinq jours. (Rozemont-Malbot. *Arch. med et ph. milit.*, 1889, p. 213.)

Malade âgé de 30 ans, cultivateur. A eu du paludisme.

Rentre à l'hôpital pour toux opiniâtre, douleur dans le côté droit.

23 *décembre.* — Brusquement grande vomique. Matité, râles muqueux.

29 *décembre.* — Cachexie. Nouvelle vomique abondante.

3 *janvier.* — Opération. — Sur le prolongement vertical de l'aisselle, incision de 7 centimètres dans le huitième espace. Le doigt introduit dans la plaie rencontre aussitôt, vers la partie inférieure, une cloison résistante qui s'insère aux côtes, tandis qu'aucun obstacle ne l'arrête dans la partie supérieure. On est dans la cavité pleurale. On recherche l'orifice diaphragmatique qu'on ne trouve pas. Incision de ce muscle au bistouri sur une longueur de 12 centimètres ; évacuation d'une grande quantité de pus, d'air ; hémorragie veineuse. Irrigation dans les deux

cavités d'eau phéniquée au 1/100. Deux gros drains, un dans la plèvre, un dans le foie. On saupoudre d'iodoforme et on applique le pansement de Lister.

Faiblesse extrême ; toux continuelle, pénible ; quelques crachats mucopurulents ; ni hoquets, ni vomissements, ni douleur dans le ventre.

Grande amélioration ; occlusion de la fistule pleuro-hépatique au vingt-deuxième jour. Guérison complète au trente-cinquième.

Observation XIX

Un cas d'abcès du foie avec complications du côté de la plèvre, du poumon, du rein et du côlon. (ROUGHTON. *Lancet*, 1891.)

Le 11 *janvier*, un homme de 23 ans fut pris de frissons violents à Kandy (Ceylan). Il ressentit bientôt des vives douleurs hépatiques, et une saillie proéminant sous le rebord costal, indiqua la présence d'un abcès du foie. Il fut ouvert le 1er février, et douze onces de pus furent évacuées.

Malgré cette incision et un bon drainage, la température resta élevée à 102° F. La plaie, du reste, était cicatrisée le 1er mai. On constata alors un épanchement pleural à droite, et l'on en retira, le 16 mai, par une ponction, vingt-sept onces de sérosité claire. L'auteur pense que cet épanchement pleural était dû à l'extension de l'inflammation du foie à travers le diaphragme.

La fièvre continuant, les ponctions furent renouvelées ; mais le 21 *mars*, du pus ayant été retiré par une ponction exploratrice au niveau du creux axillaire, on fit un empyème avec re-

section d'un fragment de la sixième côte. Température normale à partir de ce moment, pendant plusieurs semaines.

Le 16 *mai*, pendant le lavage de la cavité, le malade fut pris brusquement d'un violent accès de toux, et ressentit le goût d'acide phénique. Deux jours après l'expectoration devient fétide, et l'on admit que l'abcès s'était ouvert dans le poumon.

Pendant plusieurs mois, le malade, quoique amélioré, resta soumis à des accès du fièvre ; la fistule ne se ferma point ; et il se fit souvent des rétentions de pus qui nécessitaient la dilatation de l'orifice, le drainage, etc... L'expectoration restait rouillée. En novembre, très affaibli, le malade fut pris de diarrhée, d'hématurie et d'albuminurie. Les urines contenaient du pus et des éléments anatomiques du foie. Il survint d'abord une cystite qui guérit par des injections de la vessie, puis une ischurie qui causa des accidents généraux très graves.

En même temps les selles contenaient du pus hépatique, signe d'une ouverture d'abcès dans le côlon.

Malgré toutes ces complications, l'homme finit par guérir ; il conserva longtemps une fistule costale, et dut subir l'ablation d'un fragment de côte qui était nécrosé.

Observation XX

Abcès du foie ouvert dans le poumon et dans la plèvre. Incision dans le huitième espace. Guérison. (Ferron. *Mém. Bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1893, p. 129.)

F..., maréchal des logis d'artillerie de marine, entre à l'hôpital de Bordeaux le 16 *novembre* 1890. A séjourné au Soudan où il eut la dysenterie. Vomique depuis le 22 octobre. Anémie poussée au dernier degré. Foie de dimensions normales : en avant,

ni voussure, ni matité exagérée. En arrière on constate la présence d'une tuméfaction étendue de la sixième côte aux dernières fausses côtes ; à ce niveau la pression est douloureuse ; sensation assez vague de fluctuation à la base. Température : 38° ; appétit assez bien conservé.

22 *novembre*. — Opération. — Précautions antiseptiques. Une ponction faite au bistouri sur le bord supérieur de la neuvième côte, livre passage à une faible quantité de pus grisâtre ; l'incision est agrandie aux ciseaux dans l'étendue de 10 centimètres.

Les côtes, dépouillées en partie de leur périoste, présentent des bords irréguliers ; le huitième espace intercostal est élargi. L'index pénètre librement dans une double cavité ; l'une est comprise entre la paroi thoracique, le poumon et le diaphragme auquel adhère cet organe ; l'autre, dans laquelle donne accès un orifice aux bords rigides, percé dans le diaphragme, est creusée dans le foie.

Il s'en échappe un flot de pus crémeux, mélangé de matières partie grisâtres, partie lie-de-vin.

Des lavages à l'eau boriquée sont continués jusqu'à ce qu'ils n'entraînent plus ni pus, ni fragments de tissu hépatique nécrosé que le doigt a cherché à détacher. Dans les efforts de toux le liquide est rejeté à distance avec un bruit qui accuse le passage de l'air du poumon dans la cavité.

Le drainage est assuré à l'aide de deux gros tubes, passant l'un à travers le diaphragme dans le foyer hépatique, l'autre dans la cavité pulmonaire, fixés entre eux par une épingle de sûreté et à la peau par un crin de Florence.

Un pansement humide au sublimé recouvre la plaie et une épaisse couche d'ouate enveloppe tout le tronc.

Suite de l'opération : bonnes.

26 *novembre.* — Fonctions normales ; ni toux ni expectoration. Raccourcissement des drains.

9 *février.* — Appétit, embonpoint prononcés ; urination normale. Le pansement renouvelé tous les jours est taché par du pus rougeâtre, mais en très faible proportion. Lavages de la cavité hépatique.

7 *avril.* — Cicatrisation de la plaie.

Observation XXI

Abcès du foie. Pleurésie séreuse. Incision du neuvième espace. Guérison. (Loison. *Revue de chirurgie*, 1906, I, p. 539.)

M..., soldat, entre à l'hôpital militaire de Tunis le 20 *mars* 1892. A eu du paludisme. Malade anémié et amaigri ; grosse rate. Légère douleur à l'épaule droite ; pas d'œdème de la paroi. Le foie ne déborde pas le rebord costal ; douleur à la pression des espaces intercostaux entre la cinquième et la douzième côte ; diminution du murmure vésiculaire à la base droite. Ni toux ni diarrhée. Appétit diminué.

24 *mars.* — Toux sèche. Signes d'épanchement pleural. Ponction avec le trocart moyen de l'appareil de Potain, au niveau du neuvième espace, en arrière : il sort du pus crémeux, rougeâtre.

Immédiatement, sous le chloroforme, je fais au bistouri une incision de 6 à 8 centimètres le long du bord supérieur de la côte inférieure. De la cavité pleurale, libre d'adhérences, s'écoule une certaine quantité de liquide séreux. Une ponction au bistouri pratiquée à travers le diaphragme, le long du trocart resté en place, donne issue au pus mucoïde caractéristique de la sup-

puration hépatique. Après léger agrandissement de l'incision du diaphragme, l'index pénètre dans une cavité à parois irrégulières et fermes, du volume d'un œuf de poule. L'index se trouvant serré dans l'espace intercostal, nous réséquons 3 centimètres environ de la neuvième côte. Gros drain dans la cavité de l'abcès ; puis le pansement est appliqué.

20 *mai.* — Le malade part en convalescence, présentant encore une petite fistulette au centre de l'incision opératoire.

Observation XXII

Abcès du foie incisé et drainé par laparotomie sous-costale postérieure, opération de M. le professeur Jaboulay. Guérison. (*Lyon médical*, 1907, 1er sem.)

Malade âgé de 37 ans. Rien de particulier dans ses antécédents personnels, sauf séjour à Madagascar en 1902 ; paludisme.

Février 1906. — Fièvre bilieuse hématurique, qui dura un mois.

Mars 1906. — Congestion du foie, mauvais état digestif, douleurs dans l'hypochondre droit, avec frissons ; scapulalgie droite.

Mai 1906. — Diarrhée jaune. Douze selles par jour, avec tenesme. Amaigrissement considérable, cachexie, teint jaune, terreux.

Auscultation. — Matité franche à droite, remontant en arrière jusque au-dessus de l'épine de l'omoplate, en avant au-dessus de la ligne mamelonnaire ; obscurité à la base ; abolition des vibrations sans égophonie, sans souffle ; on trouvait du flot. A gauche légère submatité. La radioscopie a confirmé d'ailleurs les signes stéthoscopiques et a montré une opacité totale pleurale droite.

Ponction. — Liquide séreux (quelques globules rouges, blancs, polynucléaires ; pas de bacilles tuberculeux).

Appareil circulatoire : Bon.

Système nerveux intact.

Énorme augmentation de volume du foie, donnée par la percussion et par la radioscopie. Diagnostic d'abcès du foie.

Opération. — M. Jaboulay évitera de léser la plèvre, car ses deux feuillets ne sont pas soudés.

On endormit le malade dans la position assise, au chloroforme ; puis habilement, après avoir fait une incision au-dessous de la douzième côte et parallèlement à elle, après avoir sectionné tous les plans de la paroi abdominale postérieure, arrivant dans la cavité abdominale, sur la face postérieure du foie, il ponctionna l'abcès avec le doigt. Il conduisit un gros drain au point déclive. Le pus était stérile.

Grande amélioration. Diarrhée disparue. Plus d'œdème ni de varicosités des cuisses. Plus de fièvre.

Trois mois plus tard, pleurésie purulente ; le 22 *septembre*, vomique de un litre et demi. Incision postérieure pour drainer sa plèvre le 26 *septembre*.

Le 10 *novembre* il prit un érysipèle.

Il guérit définitivement en janvier 1907, en gardant une légère pointe de hernie lombaire. Il a repris 22 kilogrammes.

Observation XXIII

Abcès du foie. Incision transpleurale. Faible épanchement séreux. Guérison. (Jacob. *Bull. Soc. ch. Lyon*, 1908, p. 168.)

C..., caporal dans la légion étrangère. Séjourne un an et demi en Algérie, quatre ans au Tonkin, où il fut atteint de paludisme et de dysenterie.

Le 10 *janvier* 1908 prend froid au cours d'un exercice : point de côté dans l'hypochondre droit. Huit jours d'observation à l'hôpital.

18 *janvier*. — Malade amaigri, facies terreux, muqueuses décolorées. Pas de tumeur abdominale. Foie gros dans son ensemble. Rate un peu grosse. Pas d'œdème de la paroi ; point douloureux dans le sixième espace intercostal droit, à un travers de doigt en arrière de la ligne mamelonnaire. Diminution de la sonorité normale du poumon sur l'étendue d'une main.

Température axill. 37°, 37°2 le matin ; 38° le soir.

Fonctions digestives normales ; pas de diarrhée ; appétit faible.

Ponction du foie au niveau du point douloureux avec le trocart n° 2 de Potain. Arrivé à 4 centimètres de profondeur le trocart donna issue à du pus couleur chocolat. Le trocart restant en place, M. Jacob *résèque* au-dessous de lui *la septième côte* sur une étendue de 5 centimètres, puis il incise le feuillet pariétal de la plèvre sur toute l'étendue de la résection Une cuillerée à bouche de *liquide franchement séreux*, *très clair*, s'écoule aussitôt. Dès que l'écoulement s'arrête, M. Jacob incise la plèvre viscérale et le diaphragme sur une longueur de 5 centimètres également, puis le foie, et il pénètre avec le doigt dans une vaste cavité d'où s'écoulent *deux litres de pus* couleur chocolat.

Le doigt introduit dans la cavité de l'abcès ne put en aucun point arriver au contact des parois: la cavité est donc très vaste. Elle est écouvillonnée rapidement et doucement avec des tampons de gaze montés sur une longue pince. Drainage à l'aide de 3 gros drains.

L'examen histologique a montré l'existence d'*amibes*.

Les suites opératoires ont été normales et n'ont présenté rien d'intéressant à signaler.

Le 2 *avril* le malade est complètement guéri : il a engraissé de 10 kilos ; son état général est parfait.

CONCLUSIONS

1° L'épanchement pleural n'est pas une complication rare de l'abcès du foie.

On le trouve dans 8,9 0/0 des cas (5,5 0/0 pour l'ouverture de l'abcès dans la plèvre ; 3,4 0/0 pour la pleurésie de voisinage).

2° C'est une complication très grave. La mortalité de l'abcès du foie ainsi compliqué est de 85,8 0/0.

3° Sauf les cas d'ouverture brusque de l'abcès dans la plèvre, le diagnostic de cette complication est très difficile.

4° L'intervention chirurgicale s'impose comme seul moyen de traitement ; aucune contre-indication, si ce n'est l'état de collapsus terminal.

5° L'opération du choix sera la suivante :

A. — *Quand l'épanchement a été diagnostiqué :*

1° Thoracentèse dans le cas d'épanchement séreux ; empyème si l'épanchement est purulent.

2° Résection du bord inférieur du thorax par la méthode de Lannelongue et Canniot.

B. — *Quand l'épanchement n'a pas été diagnostiqué :*

Si au moment de l'incision de la plèvre pariétale (dans les interventions transpleurales sur les abcès du foie) on voit s'écouler du liquide provenant de la plèvre, on évacuera complètement la cavité, et avant d'inciser le diaphragme, on protègera la séreuse par une couronne de mèches et de compresses puis on suturera le diaphragme à la peau, en laissant les compresses et les mèches protectrices (Mauclaire).

Quand l'abcès s'est ouvert dans la plèvre :

Incision du huitième ou du neuvième espace ; recherche de l'orifice diaphragmatique ; lavage et drainage des cavités hépatique et pleurale.

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu . le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

DUPLAY. — Observation d'un abcès du foie ouvert dans la plèvre. *Journ. hebd. de méd.*, Paris, 1829, p. 467.

BEHIER. — Abcès du foie, perforation du diaphragme et épanouissement du pus dans la plèvre droite. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1836, p. 202.

GRAVES. — Hepatic abscess opening into the stomach by three perforations, also into the pericardium. Pleuritis. Dublin J. M., 1838-1839, p. 349.

MOREHEAD. — Hepatitis. Abcess in the lever. *Tr. of the med. Phys. Soc. of Bombay*, 1844, p. 33.

BERNARD. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1896, p. 392.

BEITH.— Abscess of the liver opening into the right pleura and lung. *Trans. Pathol. Society*, London, 1850, p. 356.

LLOYD. — Large fluctuating tumour in the left hypochondrium. Puncture. Death from pleurisy. *Med. Times Gaz.*, Lond., 1854, p. 344.

GORDON. — Abscess of the liver opening into the right pleura. *Dublin Hosp. Gaz.*, 1856, p. 74.

GALLARD. — Abcès du foie avec pleurésie et péricardite. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1856, p. 147.

WRIGHT.— Case of abscess in the liver opening into pleura and pericardium. *Edimburgh med. Journ.*, 1857, II, p. 619.

Habershon. — Hepatic abscess. Local pleurisy. *Med. Times Gaz.*, Lond., 1865, p. 496.

Thomson. — Abscess of the liver bursting into the right pleural cavity. *British med. Journ.*, 1867, II, p. 111.

Peacock. — Abscess of liver opening into the right pleural cavity. *Trans. path. Soc. London*, 1867, p. 243.

Nicholls. — Abscess of liver opening into pleural cavity. *Saint-Geoge's Hosp. Rep.*, Lond., 1869, p. 209.

Peacock. — Pyœmic abscess of the liver, peritoneum and lungs. *Trans. path. Soc.*, London, 1869, p. 213.

Prudhomme. — Abcès du foie, perforation du diaphragme. Empyème à droite. Thoracentèse. Pleurite gauche terminale. *Gaz. Hôp.*, Paris, 1869, p. 502.

Legg. — Gallstone in the commonduct. *Tr. Pathol. Soc.*, London, 1873, p. 133.

Arnould. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. Mort. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1877, p. 415.

Irvine. — On a case of cœxisting of abscess of the liver and empyema. *Tr. Clin. Soc.*, London, 1877, p. 174.

Bruen. — Abscess of the liver and empyema. *Philadelphia med. Times*, 1877-1878, p. 379.

Bernard. — Essai clinique sur les abcès du foie. *Thèse de Montpellier*, 1879.

Janeway. — Idiopathic abscess of liver : rupture into the pleura. *New-York med. Journal*, sept. 1879, p. 314.

Cook Country Hospital. Chicago. Abscess of the liver opening into pleural cavity. Death. — Abscess of the liver with pleuro-pneumonia. *Med. Record.*, New-York, 1880, p. 154.

Robert. — Abcès du foie. Pleurésie. Tuberculose pulmonaire. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1880, p. 365.

Dupuy. — Complications des abcès du foie du côté des organes respiratoires. *Thèse de Paris*, août 1881.

Mendelson. — A case of abscess of the liver complicated with empyema. Operation. Cure. *Ann. J. M. Sc.*, Philadelphia, 1881, r. s. p. 65.

Internes de l'Hôpital de la Conception. — Abcès du foie ; ouverture dans le poumon droit et la plèvre droite. *Marseille médical*, 1881, p. 160.

Netter. — Abcès du foie consécutif à une ulcération de l'appendice par une épingle. Épanchement pleural. *Bull. soc. clinique* de Paris, 1882-1883, p. 268.

Northrupp. — Abscess of the liver ; perforation of the diaphragm ; pyo-pneumo-thorax. Opération. Recovery. *Med. Record.*, New-York, 1884, p. 114.

De Gennes et Kirmisson. — Notes sur deux cas d'abcès du foie. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1886, p. 288.

Gauran. — Contribution à l'étude de l'hépatite suppurée. *Thèse de Bordeaux*, 1886.

Arnaud. — Abcès du foie. Pleurésie. Fièvre typhoïde. *Marseille méd.*, 1887, p. 146.

Reckett. — A case of hepatic abscess. Empyema. Death. *Indian. med. Gaz.*, Calcutta, 1887, p. 231.

Lemaistre. — Abcès sus-hépatique, abcès sous-hépatique. Pleurésie. *Journ. Soc. méd. Ph.*, Haute-Vienne, Limoges, 188, p. 35.

Souques. — Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse. *Bull. Soc. Anat.*, juin 1889.

Rozemont-Malbot. — Abcès du foie ouvert dans le poumon. Empyème. Guérison. *Arch. méd. pharm milit.*, 1889, p. 213.

Bertrand. — Frottement péri-hépatique et abcès du foie. *Gaz. hebd. de méd.*, Paris, 1890, p. 470.

Peter. — Un cas de diagnostic difficile. Traumatisme du foie. Péri-hépatite. Pleurésie. Adénopathie du médiastin. *Gaz. Hôp.*, Paris, 1890, p. 726.

Leo. — Obs. d'hépatite suppurée. *Arch. de med. nav.*, 1890, p. 427.

Canniot. — De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. *Thèse de Paris*, 1890-91.

Roughton. — A case of hepatic abscess implicating the pleura, lung, Kidney and colon. Recovery. *Lancet London*, 1891, II, p. 417.

LEGRAND. — Hépatite suppurée et abcès du foie en Calédonie. *Arch. med. nav.*, Paris, 1891, p. 343.

TUFFIER. — Stérilité des suppurations hépatiques du foie et des voies biliaires. Huit opérations. Huit guérisons. *Bull. men. Soc. Chir.*, 1892, p. 614.

LEBLOND. — Diagnostic et traitement des abcès du foie. *Thèse de Paris*, 1893.

FERRON. — Tout abcès du foie ouvert dans la poitrine doit être traité par incision large des parois thoraciques. *Mém. et bull. Soc. med. Ch.*, Bordeaux, 1893, p. 129.

MANDILLON. — Abcès du dôme du foie. *Mém. et bull. Soc. m. Ch.*, Bordeaux, 1894, p. 446.

COTTA. — Des abcès du foie à pus stérile. *Thèse de Paris*, 1894-95.

FARGANEL. — Notes sur le traitement des abcès du foie par la suture pleuro-diaphragmatique et le curettage de la poche. *Arch. méd. pharm. milit.*, Paris, 1898, p. 17.

FONTAN. — Migrations thoraciques des abcès du foie. *Revue de Gynécol. et Cl. Abd.*, mars 1900.

HACHE. — Dangers de la méthode de Little. *XIII[e] Congrès Inter. de med.*, Sect. Chir. 1900, p. 228.

KIRMISSON. — Volumineux abcès du foie et pleurésie appendiculaire droite. Opération de l'empyème. Résection de l'appendice. Guérison. *Bull. et mém. Soc. Ch.*, Paris, 1900, p. 653.

LAURENT. — Notes on traitement of abscess of the liver. *Britishs med. J.*, 1900, p. 1160.

SIRAUD. —Sur un procédé pour aborder la face convexe du foie (Voie parapleurale transdiaphragmatique). *Bull. Soc. Ch.*, Lyon, 1900, p. 293.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Abcès du foie aperçu par la radioscopie. *Bull. Acad. méd.*, Paris, 1900, p. 78.

NEGEL. — Abcès aréolaire du foie. Pleurésie séro-fibrineuse. *Soc. Anat.*, Paris, 1900.

DUPLANT. — Pleurésie purulente interlobaire, consécutive à un abcès du foie et opérée avant la vomique. Mort. *Lyon méd.*, janvier 1902.

P. Mendès. — Sur un procédé pour aborder les abcès sous-diaphragmatiques du foie. *Revue de Chir.*, Paris 1903.

Voronoff. — Traitement chirurgical des abcès du foie en Égypte. *Archives internation. de Ch.*, Gand, 1903.

Bargon. — Angiocholite infectieuse avec double abcès du foie. Pleurésie séreuse gauche. Mort. *Bull. Soc. méd. Hôp.*, Lyon, 1904, p. 161.

Cantlie. — Recovery from a liver abscess followed by an abscess in the upper lobe of right lung and empyema. *Journal Tropical med.*, London 1904, p. 263.

Jacomet. — Gros abcès du foie, ouverture transpleurale. *Nord médical*, 15 nov. 1904.

Palmer. — A case of hepatic abscess opening into the pleural cavity. *British. med. Journal*, 1904, I, p. 837.

Philips. — Pin in appendix, abscess of liver. Rupture in the left pleural cavity. Death. *Lancet*, 1905, I, p. 1198.

Collet et Chèse. — Pleurésie fibrineuse par abcès du foie. *Lyon med.*, 1906.

Loison. — Les abcès du foie d'origine coloniale. *Rev. de Ch.*, Paris, 1906, p. 229, 536, 832.

Micheleau. — Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon et la plèvre. *Gaz. des Hôp.*, janvier 1906.

Pfihl. — Trois abcès tropicaux du foie à l'Hôp. de Brest. *Arch. med. nar.*, 1906.

Desplats. — Énorme abcès du foie traité par incision et drainage. *J. Sc. med.*, Lille, février 1907.

Jaboulay. — Abcès du foie incisé et drainé par laparotomie sous-costale postérieure. *Lyon méd.*, 1907.

Jacob. — Voie d'accès transpleurale dans les abcès du foie. *Bull. Soc. Ch.*, Lyon, 1908, p. 168.

Bertrand et Fontan. — Traitement médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds et des abcès du foie.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie (Art. *Foie*).

Rendu. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Impr. des Facultés A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE